



ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Ana Querido | Carlos Laranjeira

FICHA TÉCNICA

Título:

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Organização:

Ana Querido | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>
Catarina Tomás | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>
Carlos Laranjeira | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>
Daniel Carvalho | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5058-525X>
José Carlos Gomes | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4089-1034>
Olga Valentim | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Design gráfico, capa e paginação:

Dos autores

1ª Edição de 2019

ISBN: *****(e-book)

DOI: <https://doi.org/10.25766/22hg-w077>

Reservados todos os direitos

Escola Superior de Saúde de Leiria

Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Leiria

2019

OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Ana Querido¹; Carlos Laranjeira¹

¹PhD; MSc, MHN

Objetivos educacionais

Pretende-se que no final deste capítulo o estudante seja capaz de:

- Identificar e distinguir técnicas de observação e entrevista;
- Treinar atitudes comunicacionais aplicadas ao contexto da entrevista.

OBSERVAÇÃO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Definição:

É um processo fundamental, desprovido de um fim em si mesmo, mas que, quando sendo subordinado ao serviço dos sujeitos e dos seus processos complexos de compreensão do real, fornece os dados empíricos necessários a uma análise crítica posterior¹.

As dificuldades de caracterização de situações complexas, como a observação de doentes psiquiátricos, implicam a sistematização deste instrumento terapêutico, definindo o objetivo da observação, a delimitação do campo de observação, a definição de unidades de observação, e a escolha do *continuum* de comportamento ou reportório comportamental.

Processo deliberado de atenção e concentração sobre o sujeito/situação que se pretende observar, pesquisar e analisar. A fixação da atenção e concentração permitirá o salientar e extrair determinadas variáveis, monitorizando-as ativamente e objetivamente, sem julgamento ou intenção de as alterar¹.

Convoca para além da capacidade de estar atento, a capacidade de utilizar a memória comparativa e dedutiva no reconhecimento de fenómenos teoricamente conhecidos e/ou anteriormente observados nesse sujeito.

Ao realizar o processo de observação damos início ao processo de registo da história clínica, das perspetivas de tratamento e de resolução dos problemas, no âmbito da intervenção (autónoma e interdependente) enquanto terapeutas ⁽²⁻³⁾.

Objetivos:

[em Enfermagem de Saúde Mental ou em qualquer outra área de especialidade]

- Compreender a situação do utente;
- Identificar os sinais e sintomas clínicos;
- Tentar a identificação dos precipitantes e contribuintes da situação;
- Reconhecer a expressão de sofrimento do utente;
- Desenvolver um plano terapêutico;
- Acompanhar a resposta do doente ao tratamento;
- Monitorizar a aplicação do plano e a participação e evolução do utente.

Funções da observação⁴:

- Descritiva – descreve os fenómenos, comportamentos ou situações.
- Formativa – resulta da retroação da observação.
- Avaliativa – reside no contributo para a tomada de decisão para a ação.
- Heurística^a – resulta da provável emergência de hipóteses pertinentes.
- Verificação – permite verificar uma hipótese no campo da prática.

Características da observação:

- **Objetividade** (Falar dos factos como eles são, sem os deturpar; o que o se observa no doente tem mais valor do que o que os outros contam dele⁵; as informações fornecidas

^a [Heurística= Arte de inventar ou descobrir; Em Pedagogia o Método Heurístico leva o estudante a descobrir o que se pretende que ele aprenda]

por familiares têm valor científico quando fornecidas espontaneamente e indiretamente, a propósito de outras perguntas⁴).

- **Exatidão** (Tem em conta todos os elementos, recolhendo o máximo da informação possível).
- **Precisão** (As informações devem ser acompanhadas de dados verificáveis).
- **Sistematização** (É feita segundo um sistema definido previamente, sobretudo no que respeita à sua frequência e periodicidade).
- **Continuidade** (Deve enquadrar o observado ao longo da situação ou atividade observada).
- **Registo** (Dada a falibilidade da memória, são registados todos os dados disponíveis).
- **Controlo** (Identificadas as variáveis envolvidas na situação, no quadro clínico/comportamental, é também realizada a observação de forma isolada/circunscrita).

Técnicas de exploração da observação:

Técnica	Vantagens	Desvantagens
<i>Questionário</i>	<ul style="list-style-type: none">- Muitos indivíduos.- Comparações precisas.- Generalização de resultados.	<ul style="list-style-type: none">- Material superficial.- Padronização de perguntas e respostas.- Respostas de pensamento e não da ação.
<i>Análise documental</i>	<ul style="list-style-type: none">- Informação diversa e abrangente.	<ul style="list-style-type: none">- Depende da qualidade, quantidade e representatividade das fontes.- Informação em quantidade enorme e dispersa.
<i>Entrevista</i>	<ul style="list-style-type: none">- Aprofundamento da perceção.- Flexível com explicitação de perguntas e respostas.	<ul style="list-style-type: none">- Menos útil na generalização. Implica interações diretas condicionadas pela própria entrevista.
<i>Observação participante</i>	<ul style="list-style-type: none">- Informação rica e profunda.- Flexibilidade na escolha e condução da estratégia.	<ul style="list-style-type: none">- Utilizada só em pequenos grupos ou comunidades.- Dificuldades na generalização.

Requisitos/capacidades para um observador competente nesta área clínica:

- Conhecimentos específicos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Conhecimento sobre si próprio.
- Autorreflexão sobre o seu comportamento e pensamento.
- Maturidade psicoafetiva.
- Desenvolvimento da concentração.
- Treino de observação com discernimento, rigor e imparcialidade.

Peculiaridades da observação, enquanto instrumento terapêutico:

Não há comportamentos ou sintomas observados – a observação destina-se a responder à questão: porquê esta alteração?

Os dados observados devem ser registados de forma neutra para obterem o seu valor real clínico científico (as expressões: Parece que... Ou tenho impressão que... só têm valor quando confirmadas. Acresce ainda que “bom” ou “pouco” consistem em opiniões do observador potencialmente carregadas de margem de erro, daí apenas se registar exclusivamente o que se percebe e não o que se pensa sobre o que se percebe.

Para um juízo correto do estado clínico interessa tanto registar os dados relativos à “dependência” como à “independência”.

Os dados recebidos de terceiros (como os familiares) têm valor enquanto espontâneos e não como apreciações ou racionalizações de situações. São particularmente úteis para na triangulação de dados exporem a veracidade relativa dos factos relatados e colhidos.

Os problemas de enfermagem dos utentes ou focos de atenção ativos só serão identificados/decididos após a exploração completa de todos os aspetos clínicos (considerados necessários para o *setting* e para a situação clínica), podendo confirmar ou infirmar determinadas prioridades e decisões sobre os fenómenos de enfermagem.

Importância da observação em enfermagem de saúde mental:

É uma técnica transversal ao tempo de exercício profissional, consumindo quantidade considerável de tempo de prática clínica, sendo útil e utilizada desde a colheita inicial dos dados, passando pelos sistemáticos exames mentais realizados em entrevistas, até à apreciação prognóstica das capacidades e/ ou competências readquiridas/ demonstradas pelos/as utentes.

Tem um diferente “ponto de vista” sobre a apreciação da dependência de utentes psiquiátricos. Os sinais e sintomas serão sempre subjetivos quer na sua apreensão quer na sua análise.

O quê e quando observar?

Duma forma inevitável todo e qualquer fenómeno que exterioriza as atividades psíquicas. Todas as expressões significativas merecem ser observadas, nomeadamente as expressões corporais, destacando-se a mímica do rosto, o olhar, os gestos, a conduta, a linguagem, a expressão do pensamento, e a expressão dos afetos.

O momento de observação, corresponde a todas as situações em que o Enfermeiro está em interação com o doente, mesmo quando este é autónomo na satisfação de algumas das necessidades fundamentais, incluindo também os momentos de interação múltipla (com outros doentes, participantes, técnicos, com os objetos,...).

A ENTREVISTA

Definição:

A entrevista de enfermagem é um momento de interação entre o doente e o enfermeiro e pode ter diversos objetivos, tais como: colheita de dados, apoio psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a assistir o doente perante uma situação que lhe é difícil⁶.

É um meio potencial de transferência de informação entre o enfermeiro e o utente. É uma transação que possui pressupostos que devem ser identificados e controlados (emoções, necessidades inconscientes, influências interpessoais). É uma “conversa” intencional, orientada para objetivos precisos.

Objetivos:

- Obter uma perspetiva da vida do utente
- Desenvolver confiança mútua
- Estabelecer relação e aliança terapêutica
- Compreender o “funcionamento” atual
- Contribuir para a definição do/s diagnóstico/s de Enfermagem
- Contribuir para o estabelecimento do plano terapêutico
- Avaliar a eficácia da execução do plano de intervenções

Técnicas gerais:

→ Local confortável e com privacidade;

→ Abertura da entrevista pelo Enfermeiro/a:

- Apresentar-se...
- Dirigir-se ao/à doente pelo nome próprio
- Informar dos objetivos da entrevista
- Não confrontar o utente
- Não fazer juízos de valor

- Observar concomitantemente ao decurso da entrevista, os dados manifestos de: - Comportamento não-verbal; - Postura e Maneirismos; - Aparência física;
- Transmitir empatia, compreensão e respeito;
- Evitar recolha excessiva de notas;
- Deixar o utente falar;
- Centrar a comunicação no utente;
- Deixar as perguntas específicas para o fim.

Tipo de Entrevista:

Quanto à estrutura:

- Estruturada
- Semiestruturada
- Não estruturada

Quanto às funções:

- Diagnóstico
- Terapêutica
- Investigação

Como conduzir uma entrevista semiestruturada?

Quanto à estrutura:

- Estruturar a entrevista em termos de objetivos e em blocos temáticos (guião e/ou instrumentos de colheita de dados e/ou manual de intervenção)
- Os objetivos devem ser hierarquizados (numa ordem que vai do geral para o específico)
- Colocar o entrevistado em situação de colaborador
- Garantir o anonimato das informações

Quanto ao estilo de interação:

→ Evitar dentro do possível dirigir a entrevista

- Dar a palavra
- Evitar interrogatórios
- Não cortar nem interferir
- Não fazer perguntas que influenciem o entrevistado

Deve adotar uma atitude de disponibilidade, sem julgamento nem moralização. Todos os comportamentos não-verbais devem veicular disponibilidade e abertura, bem como empatia, estímulo e compreensão.

→ Manter o contato visual com o utente.

- Adotar uma postura que esteja de acordo com a disponibilidade, acontecendo o mesmo com a distância.
- Atitude de partilha.

→ Esclarecer os quadros de referência utilizados pelo entrevistado:

- Esclarecer conceitos
- Esclarecer situações

→ Redação das Perguntas

- Abertas (permitem respostas nos termos do entrevistado)
- Singulares (uma só ideia)
- Claras (correspondam ao quadro de referência do entrevistado)
- Neutras (sem tónica afetiva, sem dirigir)

→ Tipo de Perguntas

- Perguntas de experiência/comportamento
- Perguntas de opinião/valor (pretende entender os processos cognitivos e interpretativos do utente)
- Perguntas de sentimento (aspetos afetivos)
- Perguntas de conhecimento (permitem descobrir informação factual do cliente)
- Perguntas de ambiente/demográficas

Fatores que interferem na situação de Entrevista:

Fatores associados à situação

- Lugar onde se realiza a entrevista
- Escolha do momento mais adequado
- Duração do tempo conveniente à realização da entrevista
- Quando se realiza uma entrevista de enfermagem, deve-se ter em conta que esta exige uma certa intimidade e privacidade, logo a escolha do *setting* é extremamente importante.
- Deve haver o cuidado de selecionar a hora da entrevista de acordo com as atividades do serviço, devendo escolher-se o momento mais propício para o utente.
- A duração da entrevista é determinada em função do estado do utente, sinais de fadiga, de dor, de resistência súbita ao diálogo, ...

Fatores associados ao utente

- Culturais e conjunturais (capacidade verbal e de compreensão das questões colocadas) Fatores mnemónicos (capacidade de recordar a informação e relacioná-la com o tema que é proposto)
- Fatores cognitivos e afetivos (expectativas que o cliente formula e que estão ligadas à sua experiência e vida pessoal)
- Motivação (pressupõe por parte do enfermeiro a capacidade de manter e aumentar a autoestima do cliente, o que pressupõe:
- Aceitação da entrevista
- Perceção da imagem que o enfermeiro faz de si mesmo

Fatores associados ao enfermeiro

- Características físicas (a idade, o sexo, etc.) influenciam a produção do discurso por parte do cliente)
- Características culturais (Fatores associados à linguagem e que pressupõem por parte do enfermeiro a capacidade de se referenciar a um código comum com vista a uma compreensão da mensagem)
- Características técnicas (Utilização de conhecimentos técnicos para ultrapassar as características pessoais do enfermeiro)

Fases da entrevista:

Durante a sua preparação deve ser valorizada a finalidade da mesma, tipo de utente a quem se dirige e recursos disponíveis para a sua concretização.

De acordo com Phaneuf⁷, a entrevista divide-se em quatro etapas:

- 1) **Preparação:** levantamento prévio dos dados do doente existentes no seu processo e estabelecem-se os objetivos da entrevista;
- 2) **Orientação:** criação de uma relação empática e já na fase de exploração procede-se à colheita dos dados em falta e faz-se o levantamento dos diagnósticos de enfermagem;
- 3) **Exploração:** durante esta fase que preconiza-se o trabalhar a relação de ajuda e a resolução dos problemas;
- 4) **Conclusão:** é valorizado um breve resumo do que foi examinado e definem-se os objetivos a trabalhar.

Situações difíceis:

- Registo defensivo e/ou evasivo (clarificação; convergentes)
- Racionalização (confrontação)
- Medo e ansiedade (compreensão empática)
- Hostilidade e agressividade
- Silêncios
- “Sede” de atenção (abordar o problema de forma aberta)
- Teste e manipulação (abordar o problema de forma aberta)

O PAPEL DO ENTREVISTADOR [em particular a comunicação verbal, não-verbal e paralinguagem]

a) ATITUDES COMUNICACIONAIS⁸:

ATITUDE	DEFINIÇÃO	CONSEQUÊNCIAS
Avaliação	Atitude de avaliação, de julgamento do ponto de vista de uma moral pessoal do entrevistador	Aumento da tensão entre os comunicantes; Aumento da agressividade; Ativação dos mecanismos defensivos do recetor; Aumento da probabilidade de recusa mútua; Forte redução da capacidade de comunicar; Aumento da resistência do recetor em relação às mensagens do emissor.
Interpretação	Atitude de interpretação, deformando o pensamento do doente, ou procurando uma explicação.	Sensação de agressão; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Aumento brusco do nível de análise; Aumento da resistência à comunicação; Criação de dissonâncias a nível cognitivo.
Exploração	Atitude de investigação, inquérito, procura de informações suplementares.	Movimento do recetor para dar ou esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude; Aumento da capacidade de análise; Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações)
Apoio	Atitude de suporte afetivo, apoio, simpatia.	Manutenção ou intensificação do estado afetivo existente; Aumento da tendência para a conformidade; Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental; Favorecimento da dependência psicológica.
Orientação	Atitude de procura positiva e ativa de uma solução do problema e de proposta imediata de solução a adotar.	Imposição de autoridade; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Tendência do recetor a perceber a resposta como infundada (tendência à percepção parcial); Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar); Redução da capacidade de ouvir.
Compreensão Elucidativa	Atitude de escuta compreensiva, com esforço para clarificar, sem deformar o essencial do que foi dito, formulando a estrutura psíquica vivida.	Movimento de apoio ao recetor; Redução da intensidade do estado afetivo; Aumento da capacidade de análise; Grande aumento da profundidade da comunicação em certas situações; Aumento da racionalidade.

Casos práticos – Atitudes comunicacionais

Caso prático 1 - Homem de 35 anos [voz decidida e fria]

“Eu cheguei à conclusão de que, uma vez que o meu trabalho de professor não me satisfaz, vou procurar outro emprego. Até aqui resignei-me com o meu trabalho porque depois de 5 anos a conseguir o meu diploma, pensei encontrar-me perante dificuldades de adaptação prática à turma, mas atualmente sei que mais vale deixar o ensino e tentar outra via, mesmo se tiver de começar por baixo”.

RESPOSTAS DO/A ENFERMEIRO/A:

1 – Você tem a impressão que seria mais feliz se deixasse o seu trabalho atual e tentasse qualquer coisa que lhe conviesse mais.	1
2 – Quer dizer que sabe agora que as dificuldades que tem não são problemas de adaptação a resolver ou experiência a adquirir.	2
3 – Você até renunciaria às vantagens adquiridas e à utilização do seu diploma, o que seria uma pena.	3
4 – Já se informou totalmente a respeito da nova carreira? O que é que sabe a respeito disso?	4
5 – Pensa que o meio profissional de que faz parte é insuportável?	5
6 – De qualquer modo, o que é importante é que seja decidido e mais confiante em si próprio.	6
7 – Você devia tomar um compromisso e encontrar, por exemplo, outros empregos de valor equivalente em que a sua licenciatura é válida.	7

RESOLUÇÃO

1 – Você tem a impressão que seria mais feliz se deixasse o seu trabalho atual e tentasse qualquer coisa que lhe conviesse mais.	Interpretação
2 – Quer dizer que sabe agora que as dificuldades que tem não são problemas de adaptação a resolver ou experiência a adquirir.	Compreensão Elucidativa
3 – Você até renunciaria às vantagens adquiridas e à utilização do seu diploma, o que seria uma pena.	Avaliação
4 – Já se informou totalmente a respeito da nova carreira? O que é que sabe a respeito disso?	Exploração
5 – Pensa que o meio profissional de que faz parte é insuportável?	Interpretação
6 – De qualquer modo, o que é importante é que seja decidido e mais confiante em si próprio.	Apoio
7 – Você devia tomar um compromisso e encontrar, por exemplo, outros empregos de valor equivalente em que a sua licenciatura é válida.	Orientação

Caso prático 2 - Mulher de 61 anos [voz inquieta]:

“Antes de explicar o problema que me trouxe, eu ... eu queria ... desculpe-me ... queria pedir ...O senhor é crente? ... Eu quero dizer ... acredita na religião?”

RESPOSTAS DO/A ENFERMEIRO/A:

1 – Sim, certeza, eu também sou crente. Eu compreendo-a perfeitamente	1
2 – Eu acho que devia nesse caso ir procurar antes um padre, uma vez que essa questão é para si condição de confiança.	2
3 – A senhora é crente?	3
4 – Não acha que a minha compreensão profissional no que diz respeito ao que a preocupa, deve contar mais do que a filiação ou não a um grupo religioso?	4
5 – Quer dizer que, a não ser que eu seja crente... eu não poderia compreender o que tem para me dizer... Sentir-se-ia intranquila nesse caso, não é isso?	5
6 – Você divide as pessoas em duas categorias: os crentes e os não crentes.	6
7 – É seu hábito ligar assim estreitamente a confiança em relação a alguém ao facto de saber se a pessoa é ou não crente?	7

RESOLUÇÃO

1 – Sim, certeza, eu também sou crente. Eu compreendo-a perfeitamente	Apoio
2 – Eu acho que devia nesse caso ir procurar antes um padre, uma vez que essa questão é para si condição de confiança.	Orientação
3 – A senhora é crente?	Exploração
4 – Não acha que a minha compreensão profissional no que diz respeito ao que a preocupa, deve contar mais do que a filiação ou não a um grupo religioso?	Avaliação
5 – Quer dizer que, a não ser que eu seja crente ... eu não poderia compreender o que tem para me dizer... Sentir-se-ia intranquila nesse caso, não é isso?	Compreensão Elucidativa
6 – Você divide as pessoas em duas categorias: os crentes e os não crentes.	Interpretação
7 – É seu hábito ligar assim estreitamente a confiança em relação a alguém ao facto de saber se a pessoa é ou não crente?	Exploração

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
2. Phaneuf, M. (2005). Data collection: the basis for all nursing interventions. Recuperado em 9 de setembro de 2019 de http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Data_collection-the_basis_for_all_nursing_interventions.pdf
3. Phaneuf, M. (2007). Psychiatric Observation: A Skill Worth Developing. Recuperado em 9 de setembro de 2019 de <https://pdfs.semanticscholar.org/9d46/edb813d08a07d1f18dc38e594930db2069d3.pdf>
4. Damas MJ & De Ketele J. (1985) *Observar para avaliar*. Coimbra: Livraria Almedina.
5. Gameiro A (1989). *Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*. (4ªed.) Porto: Edições Salesianas.
6. Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
7. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro, R. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
8. Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (S. Rodrigues, Trad.). Loures: Lusociência.